

ARBEITSKREIS

"Krankenhausseelsorge"

Leitung: Dr. Artur Reiner, Heidelberg

Protokoll: Prof. Dr. Ludwig Bertsch SJ, Frankfurt

Kurzreferat/Gesprächsgrundlage

K r a n k e n h a u s s e e l s o r g e

1. Situation im modernen Krankenhaus.

Das moderne Krankenhaus ist exemplarisch für eine verweltlichte Welt. Nur ein geringer Prozentsatz der therapeutischen Dienste hat noch eine persönliche Beziehung zur Kirche. Das zeigt sich u. a. darin, daß nur wenige etwas mit dem Dienst des Seelsorgers in einem modernen Krankenhaus anfangen können. Das heißt nicht, daß die therapeutischen Dienste dem Seelsorger gegenüber unfreundlich sind, vielmehr mit seiner Rolle und seiner Funktion überhaupt nichts anzufangen wissen. Die Zeit ist längst vergangen, in der mit Selbstverständlichkeit die Schwestern den Seelsorger zu einem Schwerkranken von sich aus rufen würden. Sie sind dazu durchaus bereit, wenn der Kranke selbst oder einer seiner Angehörigen um den Besuch des Seelsorgers bittet. Das hat für den Seelsorger konkrete Konsequenzen: wenn er seinen Dienst so versteht, daß er die Pflegeberufe und die Ärzte selbstverständlich als seine Mitarbeiter betrachtet, wird er in einem modernen Krankenhaus viel Enttäuschung erleben müssen. Er selbst muß erst seinen Ort gewinnen, um mit den übrigen Diensten in Kooperation treten zu können.

2. Der Seelsorger in einem modernen Krankenhaus.

Bevor er in einem modernen Krankenhaus von den übrigen therapeutischen Diensten akzeptiert wird, muß er zuerst transparent machen, was er im Krankenhaus will, für wen und für welche Sache er eintritt. Wenn es ihm gelingt, deutlich zu machen, daß sein Dienst etwas mit dem Menschen zu tun hat und nicht ein Anspruch der Kirche ist, Menschen, die infolge ihrer Krankheit schwach und ohnmächtig geworden sind, schließlich doch noch mit der Kirche zu konfrontieren, wird er langsam Boden gewinnen können.

Andernfalls wird er nicht mit einer Kooperationsbereitschaft rechnen dürfen, ja er wird sogar erleben müssen, daß er abgelehnt und abgewiesen wird.

3. Die Funktionen des Seelsorgers im Krankenhaus

3.1 Der kursorische Besuch

Nach wie vor ist der kursorische Besuch die Grundlage für die Klinikseelsorge. Ziel dieses Besuches ist, sich dem Patienten vorzustellen und damit ein seelsorgliches Angebot zu machen. Es liegt dann am Patienten, ob er dieses Angebot annimmt oder nicht. Die Erfahrung zeigt, daß ein Großteil der Patienten einem solchen Angebot gegenüber aufgeschlossen ist. Aus dem kursorischen Besuch ergibt sich dann, welche Patienten intensiveren Kontakt und ein intensiveres Gespräch wünschen.

Neben dem Einzelbesuch bietet sich das Gruppengespräch an. Angefangen von einem Gespräch in einem Mehrbettzimmer bis hin zu einer intensiven Form der Mitarbeit des Seelsorgers in den Gruppen, wie es, z. B. in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken möglich ist. Neuere Erfahrungen haben auch gezeigt, daß es möglich ist, daß der Seelsorger beispielsweise auf Krebsstationen mit dem Arzt und der Sozialarbeiterin Gruppengespräche mit Patienten führt.

3.2 Gebet und Gottesdienst

Neben dem Besuch und dem Gespräch mit Patienten ist ein wichtiger Dienst des Seelsorgers im Krankenhaus das Gebet und der Gottesdienst. Die Erfahrung zeigt, daß ein regelmäßiges wöchentliches Angebot zum Gottesdienst zwar nur von einer Minderheit der Patienten, aber von diesen sehr gefragt ist und zugleich dem Seelsorger die Möglichkeit zu intensiveren Kontakten der "Zuschauer und Zuhörer" bietet. Wenn Gebet und Gottesdienst in einer Form angeboten werden, daß alle Beteiligten spüren, daß dies etwas mit ihrer konkreten Situation zu tun hat, wird dieser Dienst auch vom therapeutischen Team nicht nur geduldet, sondern als wichtig respektiert. Ähnlich verhält es sich mit der Krankensalbung, wenn bei deren Spendung deutlich gemacht wird, daß sie als Glaubenshilfe den Patienten angeboten wird, die aufgrund ihrer Krankheit oder ihres Alters ihre Situation als Grenzerfahrung erleben und zu deren Bewältigung eine Hilfe aus dem Glauben suchen.

3.3 Seelsorge auf Intensivstationen

In jeder modernen Klinik gibt es heute verschiedene Intensivstationen: chirurgische Wachstationen, internistische Überwachungsstationen (vorwiegend für schwer an Herz Erkrankte, wie z. B. Herzinfarktpatienten), Wachstationen für Suizidpatienten und Intensivstationen für chronisch Nierenkranke, die dialysiert werden. Diese Stationen verlangen vom Seelsorger besondere Erfahrungen, damit er mit Menschen, die in einer so akuten Krise sind, adäquat umgehen kann. Wer sich als Seelsorger nicht scheut, für diese Gruppe von Kranken nochmal eigens zu lernen, wird gerade auf diesen Stationen für Kranke wie für das Personal eine wichtige Bezugsperson werden können.

3.4 Mitarbeit des Seelsorgers bei der Lehrtätigkeit in einem Krankenhaus

Jedes größere Krankenhaus hat heute Krankenpflegeschulen. In fast allen Schulen ist ein sogenannter berufsethischer Unterricht vorgesehen, der umfangmäßig sehr unterschiedlich projektiert ist. In Heidelberg haben wir durchschnittlich innerhalb eines 3-Jahres-Kurses insgesamt 10 bis 15 Doppelstunden. Es hat sich sehr bewährt, den Lehrplan "problemorientiert" aufzubauen: Fragen um den Anfang des Lebens, Fragen zum Ende des Lebens (Sterbehilfe, Sterbebeistand, Euthanasie), Lebenskrisen (Krankheit als Krise, Umgang mit chronisch Kranken, Umgang mit Suizidgefährdeten), berufsspezifische Probleme wie Gesprächsführung, Kooperation mit den übrigen therapeutischen Diensten, Verarbeitung der eigenen Angst, der eigenen Trauer u. a. m. In diesem großen Zusammenhang ist es durchaus möglich, das Thema Krankenhausseelsorge mit seinen verschiedenen Funktionen mit einzelnen Kursen intensiv zu behandeln.

Wenn dem Krankenhausseelsorger die Kooperation mit den übrigen therapeutischen Diensten gelungen ist, wird er gelegentlich auch im Rahmen der medizinischen Vorlesung für Studenten mitherangezogen. Dasselbe gilt für die Fortbildung sowohl für Krankenpflegeberufe wie für Ärzte.

Im Bereich einzelnen Kommissionen (z. B. ethische Kommission für einzelne medizinische Forschungsbereiche, beratende Mitarbeit in einer Kommission für Schwangerschaftsabbruch) ist die Mitarbeit des Seelsorgers gefragt.

Als letztes Gebiet sind medizinische Kongresse zu nennen, bei denen in letzter Zeit gehäuft theologische Themen angefragt sind.

3.5 Klinische Seelsorgeausbildung

Im Rahmen der Klinischen Seelsorgeausbildung bieten wir jährlich einen 6-Wochen-Kurs für zukünftige hauptamtliche Klinikseelsorger an, einen 4-Wochen-Kurs für Diakone zur Einführung in die Krankenhausseelsorge und einen Kurs für Pastoralreferenten.

Abschließend ist festzustellen, daß in dem Maß als der Seelsorger zu verdeutlichen vermag, daß es ihm um das "Humanum" im Krankenhaus geht, er angefragt ist und an ihn hohe Erwartungen gestellt werden. Wenn er jedoch den Eindruck erweckt, daß er im Krankenhaus lediglich die Institution Kirche vertritt, wird er wenig gefragt sein, da die überwiegende Mehrheit aller therapeutischen Dienste kein oder ein gestörtes Verhältnis zur Institution Kirche haben.

Protokoll

Im Folgenden werden die Diskussion und die Ergebnisse der Besprechungen im Arbeitskreis zusammengefaßt. Nach den Ausführungen von Dr. Reiner wurde festgestellt, daß die Arbeit im Krankenhaus, vor allen Dingen in dem "Arbeitsfeld Uniklinik", ein vorzügliches Feld der Begegnung zwischen Kirche, der Kirche Fernstehenden und außerkirchlicher Religiosität ist. In nichtkonfessionellen Krankenhäusern, vor allem in den Großkliniken, ist der kirchliche Dienst ein Angebot, das auch abgelehnt werden kann und abgelehnt wird. Dabei sind die Zielgruppen nicht nur die Kranken, sondern auch alle Mitarbeiter im therapeutischen Team. Der Ansatz des Dienstes liegt wesentlich darin, daß nicht die Kirche hier auch etwas will, sondern daß das kirchliche Angebot mit den menschlichen und therapeutischen Bedürfnissen in engem Zusammenhang steht. Hauptakzent dieses Dienstes ist die "Begleitung" (Gottes, Christi und der Kirche). In diesem Angebot muß deutlich werden, daß wir für andere da sind, auch für die, die sich scheinbar verweigern.

Diese Situation und die damit gegebene Aufgabenstellung haben für die Ausbildung entsprechende Konsequenzen:

1. Für den Dienst im Krankenhaus ist eine entsprechende Ausbildung notwendig. Der gute Wille allein genügt nicht.
2. Im Rahmen der ersten Phase der Ausbildung muß eine erste Begegnung mit dem Arbeitsfeld Krankenhaus und dem Phänomen Krankheit und Sterben stattfinden. In der zweiten Phase sollten alle Diakone wenigstens einen 4-Wochen-Kurs in der Art des CPT mitmachen. Sein Ziel wäre die Sensibilisierung für den Dienst am kranken und sterbenden Menschen.
3. Alle, die hauptamtlich in der Krankenhauseelsorge tätig werden sollen oder wollen, müssen ein längerdauerndes Praktikum und einen entsprechend lange dauernden Kurs mitmachen.
4. Als hauptsächliche Inhalte der Ausbildung wurden genannt:
 - 4.1 Befähigung zur Kommunikation: Sensibilisierung für Eigen- und Fremdwahrnehmung, Kooperationsbefähigung.

4.2 Befähigung zum persönlichen Zeugnis (persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle: etwa am Beispiel des Betens. Wann möchte ich mit dem Kranken beten? Wann möchte ich nicht mit ihm beten? Wann sollte ich mit ihm beten?), Identifikation mit der eigenen Rolle, Bekehrung zu der richtigen Auffassung des Dienstes. Was bezüglich der Arbeiter gilt, gilt auch hier: Die Kirche braucht die Arbeiter, nicht umgekehrt.

4.3 Konfrontation mit der eigenen Krankheit und dem eigenen Tod. Kontingentsbewältigung als Hinführung zur Fülle.

Abschließend wurde festgestellt, daß das Großkrankenhaus die Gelegenheit bietet, exemplarisch die Begegnung von Kirche und Kirchenfremden zu erfahren und auch für andere Felder kirchlichen Dienstes solcher Umwelt nicht nur Leben, sondern auch Zeugnis geben zu lernen.

Kurz angesprochen wurden auch die Möglichkeit und die Probleme der Mitarbeit hauptamtlicher Laien im Krankendienst. Auf der einen Seite ist gerade die geschilderte Situation eine gute Möglichkeit für die Mitarbeit der hauptamtlichen Laien. Die Erfahrungen haben dies bestätigt. Auf der anderen Seite zeigt sich auch hier das Problem, daß hier Mitarbeiter im kirchlichen Dienst sind, die von den Kranken auch als "Pfarrer" angesehen werden (ganz gleich ob sie verheiratet sind bzw. ob sie Frauen sind), die den sakramentalen Dienst der Krankensalbung und Beichte aber nicht verrichten können.